Aus der Königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Ein Fall von Sanduhrmagen mit Heilung durch Gastroanastomose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hubert Ambos,

approb. Arzt aus Düren.

Kiel 1905.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Ein Fall von Sanduhrmagen mit Heilung durch Gastroanastomose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hubert Ambos,
approb. Arzt aus Düren.

Kiel 1905.
Druck von H. Fiencke.

No. 46.

Rektoratsjahr 1905/1906.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Hensen,**
z. Z. Dekan.

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0001

Unter Sanduhrmagen versteht man diejenige Formveränderung des Magens, bei welcher der Magen durch Einschnürung in zwei sackförmige Teile zerfällt, die durch einen kurzen Kanal von verschiedener Enge verbunden sind. Wenn die Stenose nicht zu eng ist, macht sie gar keine oder nur so geringe Beschwerden, daß sie einer chirurgischen Behandlung nicht bedarf. Ist die Stenose aber so eng, daß die Patienten nach jeder Nahrungsaufnahme von krampfartigen Schmerzen mit Erbrechen befallen werden, dann ist ein operativer Eingriff unumgänglich.

Ein solcher Fall wurde am 3. Oktober 1905 in die chirurgische Klinik zu Kiel eingeliefert. Es war die 48 Jahre alte Arbeiterfrau B. aus Neumünster. Dieselbe litt als junges Mädchen an Magengeschwür. Nach einer einmaligen Magenblutung mußte sie 14 Tage das Bett hüten. Danach will sie noch öfter Magenbeschwerden gehabt haben, sonst aber niemals krank gewesen sein. Sie hat dreimal normal geboren und einen Abort durchgemacht. Seit drei bis vier Wochen haben die Magenbeschwerden wieder begonnen, die nach dem Essen besonders schlimm waren. Erbrechen hatte sie in der letzten Zeit viel, auch einmal nüchtern. In den letzten Tagen wurden die Schmerzen so heftig, daß sie sich jegliche Nahrungsaufnahme versagte.

Status: Die Patientin ist mittelgroß, von mittelkräftigem Körperbau, sehr abgemagert und außerordentlich

entkräftet. Die Hautfarbe ist leicht gelblich, die sichtbaren Schleimhäute sind trocken. Lungen und Herz zeigen normalen Befund. Durch eine stark ausgebildete Lordose der Lendenwirbelsäule wird die Aorta in ihrem ganzen abdominalen Verlaufe der vorderen Bauchwand genähert. Die schlaffen Bauchdecken lassen die Organe gut abtasten. Die Leber überragt um zwei Querfinger den rechten Rippenrand. Die Milz ist nicht palpabel. Die rechte Niere ist gut fühlbar und etwas beweglich. Vor der pulsierenden Aorta, dicht über dem Nabel fühlt man einen nach links sich hinziehenden, querverlaufenden, walzenförmigen, leicht empfindlichen Tumor von nicht sehr derber Konsistenz. Durch Aufblähung des Magens wird seine Lage nicht beeinflußt. Die untere Magengrenze reicht dagegen alsdann bis zwei Querfinger unterhalb des Nabels, außerdem ist im ganzen linken Hypochondrium tympanitischer Magenschall, dagegen nirgends rechts von der Mittellinie. Auf chemische Untersuchung wird in Anbetracht der großen Empfindlichkeit der Patientin gegen Nahrungsaufnahme verzichtet.

Am 5. Oktober wird die Laparotomie in Chloroformnarkose vorgenommen. Es wird eine Incision vom Processus ensiformis des Brustbeins bis zum Nabel gemacht. Nach Eröffnung der Bauchhöhle findet man den Pylorus direkt auf der Wirbelsäule liegen. Nach links hin dehnt sich die Pars pylorica des Magens aus. Nachdem dieser Teil vor die Wunde gezogen ist, zeigt es sich, daß der Fundus und die Pars pylorica des Magens durch ein Kinderhand großes stenosierendes Ulcus mit wellenartigen Rändern von einander getrennt sind. Das Ulcus sitzt auf der Rückseite und ist mit der Gegend des Pancreas an der Hinterwand breit verwachsen und verengt das Magenlumen an dieser Stelle bis auf zwei Querfinger-Breite. Es wird nun eine Anastomose durch Naht zwischen dem kardialen Teil des Magens und der Pars pylorica etwas oberhalb der großen Kurvatur hergestellt. Beide Magenhälften werden nach Möglichkeit vor die Bauchwand gelagert; durch die erste hintere Serosanaht werden zwei korrespondierende Stellen ohne Zug einander genähert, hierauf die Schnitte parallel der

großen Kurvatur angelegt und durch dreifache Naht vereinigt. Darauf wird die Bauchdeckenwunde lege artis geschlossen.

Die Patientin blieb nach der Operation fieberfrei, hatte nur geringe Schmerzen, schlief gut, war nur äußerst schwach. Gegen Abend des (ersten) Operationstages bekam die Kranke eine Kochsalzinfusion von einem Liter. Am zweiten und dritten Tage gab man ihr ganz geringe Mengen flüssiger Nahrung neben Kochsalzinfusionen, worauf sich aber jedesmal Schmerzen und Erbrechen einstellten. Deshalb sah man in den nächsten Tagen ganz von einer Ernährung per os ab und gab ihr nur Nährklysmata und Kochsalzinfusionen. Vom sechsten Tage nach der Operation an vertrug die Patientin ohne Schmerzen und Erbrechen flüssige Kost und vom achten Tage an auch kompaktere Nahrung. Am 18. Oktober wurden die Nähte aus der per primam geheilten Wunde entfernt. Vier Tage nachher stand die Patientin auf und, da sich auch weiterhin keine Beschwerden mehr einstellten, wurde sie am 27. Oktober als geheilt entlassen.

Die erste Gastroanastomose wurde von Wölfler im Jahre 1895 ausgeführt. Aus seinem Berichte über diesen Fall in Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie Band 13 entnehme ich kurz Folgendes: Es handelte sich hier um eine 36jährige Frau, die bis auf 36 kg herab abgemagert war. Wölfler kam erst während der Operation auf den Gedanken, mit einer Anastomose der beiden nur eng kommunizierenden Magenpartien die Stenosenerscheinungen zu beseitigen, weil sich ihm zwecks Ausführung der bisher gebräuchlichen Operationen durch die erheblichen Verwachsungen und den Sitz der Ulcusnarbe Schwierigkeiten in den Weg stellten. Nach 14 Tagen schon konnte die Kranke das Bett verlassen und zwei Monate nach der Operation ließ sich eine Gewichtszunahme von 8,5 kg feststellen. Seit dem Tage der Operation traten keine Krämpfe und keinerlei Beschwerden mehr auf, welche vorher doch unerträglich gewesen waren und die Kranke soweit entkräftet hatten.

Über einen anderen durch Gastroanastomose geheiltem Sanduhrmagen berichtet Carl Schwarz in der Wiener klinischen Wochenschrift 1896 No. 25. Hier war es eine 30 Jahre alte Frau, die auf 35 kg herab abgemagert war, weil ihr auch die geringste Nahrungsaufnahme die heftigsten Schmerzen verursachte und sie deshalb auf jegliche Nahrungszufuhr per os verzichtet hatte. Zehn Tage nach der Operation fängt die Frau, die sich bis dahin vorzüglich erholt hatte, wieder an über Magenschmerzen zu klagen und nahezu täglich stellt sich Erbrechen ein. Am 17. Tage nach der Operation schritt Schwarz zu einer zweiten Laparatomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich flächenhafte Adhäsionen zwischen Magen und Zwerchfell, welche, da die Kranke auch auf diese Stelle ihre Schmerzen lokalisiert hatte, die Veranlassung zu denselben gewesen waren. Höchst interessant für den Operateur war es aber auch, sich den Erfolg seiner ersten Operation anzusehen. Die Stelle, an der die Gastroanastomose ausgeführt worden war, ist mit einer zarten, peritonitischen Membran bedeckt, sodaß von einer Naht nichts mehr zu sehen ist. Die früher bestandene Ektasie des kardialen Magenteiles ist nicht mehr vorhanden. Nachdem Schwarz nunmehr die Adhäsionen zwischen Magen und Zwerchfell, teils zwischen Ligaturen durchschnitten, teils mit dem Paquelin durchtrennt hat, schließt er die Bauchwunde wieder. Jetzt erholte sich die Patientin so schnell, daß man etwa zwei Monate nach der Operation eine Gewichtszunahme von 12,5 kg konstatieren konnte. Gewiß ein glänzender Beweis für die wieder hergestellte Funktionsfähigkeit des Magens.

Einen weiteren Fall von durch Narbenkontraktion entstandenem Sanduhrmagen operierte Hochenegg. Er berichtet darüber in der Wiener klinischen Wochenschrift von 1898 (Nr. 21). Es handelt sich hier um einen fünfundzwanzigjährigen Mann; merkwürdiger Weise ist dies der einzige unter den bisher von Chirurgen publizierten Fällen, der einen männlichen Kranken betrifft. Hier machte Hochenegg auch die Wölfler'sche Gastroanastomose und zwar mit dem Erfolge, daß sich nach der Operation weder

Erbrechen noch sonstige Beschwerden wiedereinstellten, und der Kranke am 8. Tage wieder feste Speisen vertrug und nach 16tägiger Krankenhausbehandlung als geheilt entlassen werden konnte, während welcher Zeit er 4 kg an Gewicht zugenommen hatte.

v. Eiselsberg, der wohl die meisten Fälle von Sanduhrmagen operiert hat, berichtet im Archiv für klinische Chirurgie über zwei Fälle, bei denen er die Gastroanastomose gemacht hat. Der eine der Fälle verlief letal, da sich eine Perforationsperitonitis wegen Nahtinsufficienz einstellte. Die Autopsie ergab, daß die Naht im entzündeten Magengewebe angelegt war. Der andere Fall verlief günstig. Dreizehn Monate vor der Gastroanastomose hatte v. Eiselsberg bei der Patientin die Gastroplastik (Längsincision und Quernaht) gemacht. Nach vier Monaten traten aber die Beschwerden wieder so heftig auf, daß man sich zur zweiten Laparotomie entschloß. An der Stelle der ersten Operation fand sich im Magen eine für zwei Daumen bequem durchgängige, jedoch scharf umrandete Verengerung. Es wurde nun abermals die Gastroplastik ausgeführt. Nach neun Monaten traten wieder Erbrechen und heftiger Schmerz auf, und weil durch interne und diätetische Behandlung keine Besserung erzielt wurde, schritt man zum 3. Male zur Operation. Die Bloßlegung des Magens war wegen vielfacher Verwachsung desselben mit dem Netze sehr erschwert. Es zeigte sich deutlich wieder eine sanduhrförmige Einschnürung des Magens mit Ektasie des kardialen Teiles, also ein Beweis, daß wieder eine Striktur bestand. Durch dieselbe konnte man knapp einen Finger durchführen. Es wurde nunmehr die Gastroanastomose gemacht, wodurch definitive Heilung der Kranken erreicht wurde.

Eine der Gastroanastomose ganz ähnliche Operation führte Büdinger bei einer allerdings a priori verlorenen Kranken aus, indem er das Kommunikationsstück des Sanduhrmagens resezierte und dann die beiden Wundränder nach Art der Gastroanastomose vereinigte. Die Patientin

kam nach der Operation zwar zu sich, war aber durch das Blutbrechen der vorhergehenden Tage und den Blutverlust bei der Operation so geschwächt, daß der letale Ausgang nicht mehr aufgehalten werden konnte.

Ich will jetzt noch über einige von v. Eiselsberg nach anderer Methode operierte Fälle von Sanduhrmagen und die Erfolge der Operationen berichten.

Bei einer 49jährigen Frau machte er die Gastroplastik, die per primam verheilte. Nach $^3/_4$ Jahren hat die Patientin wieder dieselben Beschwerden, wie Schmerzen nach dem Essen, die nach Erbrechen verschwinden. Es besteht daher der Verdacht auf ein Recidiv, das nach Ansicht des Operateurs durch entzündliche Verwachsung der Quernaht mit der Bauchwand entstanden ist.

Bei einem 33jährigen Mädchen operierte er auch durch die Plastik die Magenstenose. Zuerst befand sich das Mädchen ganz wohl, allein nach drei Jahren stellte sich das Mädchen wieder mit Klagen über heftige Schmerzen nach dem Essen ein. Da man Verdacht auf ein Recidiv hatte, wurde Patientin abermals laparatomiert. Die Operation rechtfertigte den Verdacht vollkommen. Dieses Mal machte v. Eiselsberg die Gastroenterostomia retrocalica posterior mittels Naht. Es trat Heilung per primam und vollkommenes Verschwinden der Beschwerden ein.

Langenbuch stellte in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins eine 45jährige Frau vor, bei der er vor drei Monaten die Gastroplastik wegen narbiger Magenstenose gemacht hatte. Bei derselben ließ sich aber jetzt schon deutlich ein Recidiv nachweisen. Bei ihr beabsichtigt er, wenn die Kranke sich damit einverstanden erklärt, die Wölflersche Gastroanastomose zu machen.

Lauenstein in Hamburg hat in der Münchener Medizinischen Wochenschrift von 1896 einen Fall von Sanduhrmagen bei einer 43jährigen Frau mit langdauernden heftigen Magenbeschwerden beschrieben. Die klinische Diagnose war: Ulcus ventriculi mit erheblicher Verkleinerung

des Magens. Bei der Laparotomie zeigte sich aber ein ausgesprochener Sanduhrmagen. Der Magen war mit seiner kleinen Kurvatur fest an der unteren Fläche des linken Leberlappens verwachsen und zwar war an der Verwachsungsstelle ein flacher, harter Tumor (Ulcusnarbe) zu fühlen. Die Stelle entsprach der Einschnürung, die den Pylorusteil fast ganz von dem übrigen Magen abtrennt. Es wird nun die Wölflersche Gastroanastomose gemacht. Der Erfolg war: Vollkommene Heilung, rasche Gewichtszunahme und Verschwinden sämtlicher Magenbeschwerden.

Asbeck berichtet in seiner Inauguraldissertation über vier von Bier in der Kieler Klinik beobachtete Fälle von Sanduhrmagen. Bei Allen wurde die Gastroplastik ausgeführt, wodurch zwei Fälle vollkommen geheilt wurden. Der dritte Fall war durch starke Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand sehr kompliziert. Beim Lösen dieser Verwachsungen gingen große Serosastücke verloren. Die Patientin starb am 4. Tage nach der Operation infolge eingetretener Peritonitis. Der vierte Fall verlief am 10. Tage nach der Operation infolge hinzugetretener Pneumonie auch letal.

An der Hand dieser Fälle will ich nun den von Herrn Geheimrat Helferich operierten Fall einer genaueren Betrachtung unterziehen.

Die Anamnese des Falles ist ganz charakteristisch. Als Mädchen hat unsere Kranke Magengeschwür mit Hämatemesis gehabt. Seit mehreren Wochen leidet sie an heftigen Magenschmerzen, besonders nach dem Essen, verbunden mit Erbrechen. Durch letzteres wurden die Schmerzen immer geringer. Seit einigen Tagen versagt sich die Patientin aus Angst vor den nachfolgenden Schmerzen fast jegliche Nahrung.

Es fragt sich nun, ob die Diagnose Sanduhrmagen vor der Operation zu stellen war. In keinem der von mir erwähnten Fälle ist die Diagnose vor der Operation gestellt worden. In unserem Falle war es schier unmöglich, sie zu stellen. Blähte man nämlich den Magen auf, so erhielt er

nicht die Form einer Sanduhr, sondern verriet nur die bestehende Ektasie des kardialen Teiles. Da eine druckempfindliche Geschwulst an der rechten Seite des aufgeblähten Magens zu fühlen war, wurde die Diagnose gestellt: Entzündlicher Tumor der vorderen Magenwand in der Nähe des Pylorus, wahrscheinlich Ulcus mit Infiltration der umliegenden Magenwand.

Als nun nach Eröffnung der Bauchhöhle sich der Sanduhrmagen präsentierte, hieß es, sich zur rationellsten Operationsmethode zu entschließen.

Die Operationsmethode, welche wohl immer anzuwenden ist, ist die Gastroenterostomie. Diese ist aber nach Möglichkeit zu vermeiden, weil immer wenigstens ein Teil der Magenverdauung ausgeschaltet wird. Sitzt die Stenose in der Nähe der Kardia, so fällt die Magenverdauung ganz weg.

Man hätte ferner an die Resektion des verengenden Zwischenstückes denken können, die Büdinger in seinem Fall angewandt hat. Diese Operationsmethode läßt aber befürchten, daß selbst bei geringer Füllung der meist ektatischen kardialen Magenpartie durch Zug die angelegte Naht gefährdet ist. Ferner ist auch die Wunde, die man anlegen muß, eine viel größere als die bei der Anastomose. Andererseits schließe ich mich ganz der Behauptung Büdingers an, daß die Resektion des pylorischen Magenabschnittes in Fällen von Striktur der Magenwand sowohl, als auch des Pylorus die empfehlenswerteste Operation ist.

In Betracht kommt ferner noch die Plastik an der Kommunikationsstelle; d. h. der Schlauch hätte der Länge nach eingeschnitten und dann quer vernäht werden müssen. Vor der Anwendung dieser Operation warnt v. Eiselsberg auf Grund seiner Erfahrungen, die eine Bestätigung durch den von Langenbuch beobachteten Fall finden.

In unserem Falle wurde die Gastroanastomose gemacht und zwar aus folgenden Gründen: Vor Allem ist sie eine rasch auszuführende Operation, die von den meist sehr ent-

kräfteten Patienten wohl am ehesten vertragen werden kann. Ferner ist bei keinem der bisher so operierten Fälle ein Recidiv beobachtet worden. Außerdem werden durch die Anastomose zwei nicht zu unterschätzende Vorteile erreicht: erstens wird ein breiter Verbindungskanal zwischen Kardia- und Pylorusmagen erzielt; zweitens aber auch dem dilatierten Kardiamagen die Weiterbeförderung des Speisebreis bedeutend erleichtert, da ja die Anastomose in der Nähe der großen Kurvatur liegt. Letal ist von den bisher publizierten Fällen nur der Fall von v. Eiselsberg verlaufen, bei dem die Naht nicht hielt.

Der Erfolg der an unserer Patientin ausgeführten Operation ist ein äußerst befriedigender. Über Magenschmerzen hat die Frau seit ihrer Entlassung nicht mehr geklagt, und sie ist wieder imstande, ihre Hausgeschäfte zu besorgen.

Demnach glaube ich wohl mit Recht behaupten zu können, daß die Gastroanastomose das am wenigsten eingreifende und das sicherste Verfahren ist und darum als typische Operationsmethode bei Sanduhrmagen anzusehen ist.

* * *

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Helferich auch an dieser Stelle für die gütige Überlassung des Falles und die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Hubert Ambos, bin katholischer Konfession und am 30. Juli 1879 zu Düren geboren. Mein Heimatsort ist Cöln, und ich bin Staatsbürger in Preußen. Ich besuchte das Gymnasium in Cöln, woselbst ich Ostern 1897 das Abiturientenexamen bestand. Ich studierte 5 Semester in Marburg, 1 Semester in Gießen und 4 Semester in Kiel und bestand am 6. 3. 1900 das ärztliche Vorexamen in Marburg und am 29. 12. 03 die ärztliche Staatsprüfung in Kiel. Dann bestand ich am 10. XI. 05 das Kolloquium des Doktorexamens.